

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Especialização Em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da criança na UBS Domingas Rolim Mourão,
Urucurituba-AM**

Raisa Ilena Caranhas Feitoza

Pelotas/RS, 2015

Raisa Ilena Caranhas Feitoza

Melhoria da atenção à saúde da criança na UBS Domingas Rolim
Mourão, Urucurituba-AM

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Saúde da Família da Universidade Federal
de Pelotas, como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista em Saúde
da Família.

Orientador: Dayana Kelly Silva Oliveira

Pelotas/RS, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

F311m Feitoza, Raisal Caranhas

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança na UBS Domingas Rolim Mourão, Urucurituba-AM / Raisal Caranhas Feitoza; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Oliveira, Dayana Kelly Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho a Deus pelas bênçãos diárias; à minha filha Melissa por ser minha maior motivação; ao meu companheiro Henrique pelo amor, paciência e compreensão e aos meus pais e irmãos pelo apoio incondicional.

Agradeço ao povo de Urucurituba pela acolhida e a todos os profissionais de saúde do município que tornaram esse trabalho possível.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Crianças e seus responsáveis à espera da consulta	40
Figura 2	Palestras educativas na UBS	42
Figura 3	Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade	46
Figura 4	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	47
Figura 5	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento	48
Figura 6	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	48
Figura 7	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas	49
Figura 8	Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento	49
Figura 9	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade	50
Figura 10	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro	50
Figura 11	Proporção de crianças com teste pezinho realizado até 7 dias de vida	51
Figura 12	Proporção de crianças com triagem auditiva	52
Figura 13	Proporção de crianças com registro atualizado	53
Figura 14	Proporção de crianças com avaliação de risco	54
Figura 15	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta	54
Figura 16	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância	55
Figura 17	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária	55
Figura 18	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária	56
Figura 19	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries	56
Figura 20a	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	59
Figura 20b	Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal	59
Figura 19c	Proporção de crianças com orientações sobre dieta	60
Figura 19d	Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias	60

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Amazonas

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
APRESENTAÇÃO.....	9
1. Análise Situacional	10
2. Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e Metas	22
2.3. Metodologia.....	25
2.3.1 Ações.....	25
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	37
2.3.4 Cronograma.....	38
3. Relatório da Intervenção	40
3.1 Ações desenvolvidas, facilidades e dificuldades.....	40
3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente, facilidades e dificuldades	42
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados	43
3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade	44
4. Avaliação da Intervenção	45
4.1 Resultados	45
4.2 Discussão	60
4.3 Relatório para os Gestores	62
4.4 Relatório para a Comunidade	63
5. Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem	65
6. Referências Bibliográficas	66

RESUMO

FEITOZA, Raísa Ilana Caranhas. **Melhoria da atenção à saúde da criança na UBS Domingas Rolim Mourão, Urucurituba-AM. 2014.** Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Localizada no município de Urucurituba, estado do Amazonas, a UBS Domingas Rolim Mourão conta com duas equipes de saúde da família, responsáveis pelos cuidados de saúde de uma população carente de recursos financeiros, de saneamento básico, de infraestrutura urbana e de instrução. Diante de um fluxo constante de crianças doentes por meio demanda espontânea, pouca valorização da puericultura e por considerar a faixa etária pediátrica foco primordial para promover hábitos de vida saudável, foi realizada uma intervenção no programa Saúde da Criança da unidade para a área de abrangência da equipe Urbana II. A intervenção teve como objetivos: ampliar a cobertura do programa; melhorar a qualidade da atenção; aumentar a adesão ao programa; melhorar a qualidade dos registros das informações; realizar mapeamento de risco, promover saúde; ampliar a cobertura, melhorar a qualidade e aumentar adesão à saúde bucal; e promover saúde bucal. Para atingir tais objetivos foram traçadas metas e definidas ações, direcionadas para o programa e realidade da unidade. Foi alcançada cobertura de 73% com a intervenção e atingimos as metas de 100% para: monitoramento do crescimento e desenvolvimento; monitoramento das crianças com déficit e excesso de peso; avaliação de risco; orientações de promoção de saúde, como orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, entre outras. Algumas metas não puderam ser atingidas por dificuldades que estavam além da governabilidade da equipe, caso da indisponibilidade do Teste da Orelhinha no município e falta de materiais para o consultório odontológico. Apesar das dificuldades, a intervenção trouxe organização para o serviço, ampliação da cobertura do programa e um novo paradigma – a de que crianças saudáveis podem e devem ser acompanhadas na UBS.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, parte integrante do Programa de Valorização da Atenção Básica. O volume trata da intervenção promovida dentro do Programa de Saúde da Criança, da UBS Domingas Rolim Mourão, em Urucurituba-AM, dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família. Está organizado em capítulos pré- (Análise Situacional e Análise Estratégica) e pós-intervenção (Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção). Conta ainda com uma reflexão sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

1. Análise Situacional

1.1 Situação inicial da UBS

A UBS Domingas Rolim Mourão está localizada no bairro Centro, no município de Urucurituba, Amazonas. A mesma possui uma boa infraestrutura, está em uma área central da cidade, foi recém-construída e serve a duas equipes de Estratégia Saúde da Família (enquanto está em andamento a construção de uma nova UBS) e aos atendimentos do NASF. As equipes são multiprofissionais e são compostas por: médica, enfermeiro(a), odontólogo(a), técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Embora conte com os recursos humanos, o bom andamento da ESF esbarra na falta de reposição de equipamentos e medicamentos, além da inadequação do espaço físico da unidade para a atuação de duas equipes. Em razão da quebra de um compressor, toda a área de abrangência da unidade ficou sem atendimento odontológico por pelo menos três meses. A farmácia está desabastecida, faltando até mesmo antiparasitários e analgésicos. Não estão disponíveis também exames laboratoriais essenciais para o seguimento dos hipertensos e diabéticos, como a hemoglobina glicada e as frações de colesterol.

Outro ponto negativo é que dentro das equipes lotadas nessa UBS há competitividade e falta de parceria em algumas situações. Os ACS e os funcionários responsáveis pela recepção são constantemente cobrados pela insatisfação dos usuários. E muitas vezes não há entendimento entre os coordenadores e suas equipes.

A população atendida pela ESF é carente, seja de recursos financeiros, instrução ou saneamento básico. Pelos primeiros atendimentos realizados por mim na UBS, notei que faltavam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde,

dado o grande número de atendimentos vindos de demanda espontânea em caráter de urgência, sendo estes na maioria de crianças.

Os usuários queixam da alta rotatividade de profissionais médicos nas equipes da UBS. Sentem que o seguimento da investigação diagnóstica e do tratamento fica prejudicado. Assim, quebra-se o que deveria ser o ponto central da relação entre a ESF e os usuários – o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso, contrariando o princípio da longitudinalidade dentro da atenção básica.

Talvez por esses motivos a comunidade não esteja acostumada ao atendimento profilático e, mesmo assim, parece não receber orientações para tal. Como resultado disso, a clientela tenta fazer uso do posto de saúde como serviço de pronto-atendimento; em geral, o estado de conservação dos dentes dos pacientes é ruim; as crianças têm episódios frequentes de diarreia; e há fácil acesso a antibióticos na cidade mesmo sem prescrição médica.

Enfim, as equipes de ESF da UBS Domingas Mourão estão organizadas adequadamente quanto ao quantitativo de recursos humanos, contando com equipe multiprofissional, inclusive com suporte do NASF, mas ainda há muito a ser melhorado na qualidade do atendimento. Precisa-se investir em educação em saúde, promoção da saúde e acredito também que em controle social. O investimento não deve ser somente em recursos financeiros, mas também em engajamento dos profissionais e gestores para melhoria da atenção básica e qualidade de vida nessa comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Urucurituba está localizado na mesorregião do centro do estado do Amazonas, às margens do rio Amazonas, distando 339 km da capital Manaus e possui 18.679 habitantes. Há 4 unidades básicas de saúde (UBS) no município, sendo duas em área urbana e duas em zona rural. Todas as unidades contam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando sete equipes, e destas quatro tem equipe de Saúde Bucal (duas em zona rural). As equipes de ESF contam com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, assistente social, farmacêutica e educador físico. Não há médicos especialistas no município, dessa forma, a demanda de atendimentos

especializados são referenciados para os municípios mais próximos através de um sistema de regulação estadual (SISREG).

Existem duas unidades hospitalares locais, uma de administração municipal e outra estadual. Mas muitos dos atendimentos de urgência e emergência são referenciados por meio de encaminhamento em formulário específico para hospital em município de referência, uma vez que os recursos diagnósticos e terapêuticos da unidade hospitalar são limitados e muitas vezes a mesma carece de médico plantonista. Os exames complementares são disponibilizados na unidade mista hospitalar na sede do município por meio de agendamento. São realizados exames de análise clínica básicos, ultrassonografias e radiografias simples.

A UBS Domingas Rolim Mourão conta, no momento, com duas equipes de ESF. A mesma está vinculada apenas ao Sistema Único de Saúde e serve como campo de estágio para os cursos da área da saúde (medicina, enfermagem e odontologia) da Universidade Estadual do Amazonas, tendo uma estação da Telemedicina. Cada equipe de ESF dessa unidade conta com médica, enfermeiro (a), técnicas de enfermagem, estes em número de um cada, e uma das equipes ainda tem em seu quadro profissional um odontólogo e uma auxiliar de consultório dentário. A equipe Urbana I conta com 10 agentes comunitários de saúde (ACS) e é responsável por 2535 usuários. A equipe Urbana II, da qual faço parte, tem 11 ACS, responsáveis pela cobertura de 3371 usuários. A UBS tem em seu quadro ainda: uma administradora; quatro auxiliares de enfermagem que se revezam entre atendimento de recepção, triagem, agendamento de consultas e atendimento da sala de nebulização; um atendente da farmácia e duas auxiliares de serviços gerais.

A estrutura física é nova, recém-construída, com salas destinadas à recepção, farmácia, coleta de exames, observação, curativo, consultório médico, consultório odontológico, banheiros, dispensa de materiais de limpeza, vacina e nebulização. Apesar dessa estrutura, a sala de recepção não se enquadra dentro do perfil que preconiza o Manual do Ministério da Saúde, pois é de tamanho inadequado para o fluxo da UBS, tem paredes, portas e vidros que separam o ambiente onde ficam os usuários da sala onde ficam os funcionários. Essa mesma sala serve de arquivo para prontuários e sala de triagem, e não há um sistema informatizado para marcação de consultas. Em razão de a unidade ter sido planejada para apenas uma equipe, há apenas um consultório médico e um consultório de enfermagem. Por isso, as salas de observação e de coleta são utilizadas como consultórios. Nos dias

em que o NASF faz atendimento, a oferta de salas fica ainda mais limitada, e o espaço de circulação da UBS torna-se insuficiente e a triagem fica sobrecarregada, gerando insatisfação por parte dos usuários quanto ao atendimento. Para enfrentamento das deficiências da estrutura fazem-se necessárias a racionalização e organização no agendamento de consultas, para que não haja sobrecarga para a recepção e triagem, nem superlotação da UBS; cobrança das autoridades responsáveis de prazos e celeridade na entrega da nova UBS e adequação dos espaços da UBS.

No que diz respeito às atribuições comuns aos profissionais, todos cumprem o papel de cuidar da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio. Mas ainda falta o cumprimento às demais competências constantes na Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, das quais julgo como prioritárias: realizar acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; e realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

As limitações nas atividades de todos os profissionais poderiam ser minimizadas pela convocação de reuniões com regularidade dentro da unidade de saúde para identificação de deficiências e proposição de melhorias, e também educação em saúde, otimizando a execução das atribuições de cada profissional; participação ativa no gerenciamento de insumos, identificando para o gestor as necessidades em equipamentos e itens de uso diário; e ênfase no conceito de equipe, para que todos trabalhem com o mesmo objetivo, em prol da melhoria do sistema de saúde, e não somente preocupados em realizar suas atividades profissionais.

A população adstrita atendida pela equipe da qual faço está de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que determina que a equipe de ESF seja composta por equipe multidisciplinar responsável por no máximo de 4000 pessoas, com no máximo 12 ACS por equipe. Dos 3371 cadastrados, 115 são

idosos e 138 são menores de dois anos de idade. O perfil populacional da região ainda é de uma pirâmide etária com base alargada, com predomínio da população jovem, mas proporção similar entre sexos.

Por se tratar de uma região com restritas áreas sociais de convivência, com grande dependência econômica do funcionalismo público e auxílios do governo federal (bolsa família) e saneamento básico precário, a demanda espontânea na unidade é grande. O acolhimento ainda não está totalmente organizado nos moldes propostos no Caderno de Atenção Básica – Acolhimento à Demanda Espontânea (2011). Não há equipe formada para tal. O acolhimento como “escuta na chegada à unidade” é feito, em geral, pelos funcionários da recepção, gestora da UBS e ACS, estes últimos deveriam seguir um esquema de rodízio para desempenhar essa atividade, mas muitos vêm mostrando insatisfação em realizá-la e até opõem-se a fazê-la. Em geral, as únicas consultas agendadas previamente são as de Pré-natal. As demais seguem a rotina de distribuição de fichas no turno que antecede o da consulta.

Como não há agendamentos regulares, quase sempre os usuários conseguem atendimento para o mesmo turno (manhã ou tarde) ou para o turno seguinte. Mesmo não tendo um protocolo definido de estratificação de risco, diante de quadros mais agudos (crianças ou adultos com febre, diarreia ou cefaleia intensa), os funcionários da triagem sempre falam diretamente com o enfermeiro ou médica para que o paciente tenha atendimento imediato e nesses casos ninguém fica sem ser atendido ou adequadamente direcionado para a unidade hospitalar do município. O fato de não haver agendamentos prévios para as ações programáticas acaba facilitando a recepção da demanda espontânea. Provavelmente, a partir do momento em que se consiga operacionalizar os programas da atenção básica para que a maioria das consultas seja previamente marcada e com acompanhamento regular dos diferentes grupos prioritários, a demanda espontânea será reduzida.

Em relação à Saúde da Criança, os atendimentos realizados são de puericultura, consulta para agravos agudos, urgências e atendimento odontológico, com cobertura de 63%. São feitos monitoramento do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas e incentivo ao aleitamento materno exclusivo, mas não de forma sistemática. De acordo com o MS, no primeiro ano de vida toda criança deveria passar por consultas na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês. Mas na UBS, esse fluxo não tem sido seguido. As

consultas não são agendadas com antecedência fazendo com essa frequência não seja cumprida e há pouca orientação às mães e aos demais familiares quanto à importância do acompanhamento regular das crianças. A saúde bucal também tem sido negligenciada, com uma cobertura inferior a 50% segundo o Caderno de Ações Programáticas. Culturalmente os usuários costumam procurar atendimento odontológico somente quando possuem queixas e, novamente, não há um trabalho regular de educação em saúde para os usuários que destaque a necessidade da profilaxia desde a primeira infância, nem há uma organização interna na UBS para que se conciliem as datas do atendimento odontológico com as consultas médicas. Outro ponto negativo dentro da puericultura não só para minha UBS, mas em todo o município, é que não está disponível a triagem auditiva, o popular Teste da Orelhinha, pois não há equipamento ou profissional habilitado a fazê-la.

Entre as alternativas para ampliação da cobertura e melhoria do atendimento às crianças estão: implantação de um sistema de agendamento de consultas para a puericultura, onde cada usuário já saísse com a próxima consulta marcada seguindo a frequência proposta pelo MS; conciliação dos dias de atendimento médico e odontológico para que se não perca a oportunidade de avaliação da saúde bucal; busca ativa de crianças na área de abrangência para que se mantenham os cadastros atualizados, levando-se em consideração migração entre territórios e novos nascimentos; consulta a todos os recém-nascidos ainda na primeira semana de vida dentro da programação semanal de visitas domiciliares; criação de grupos de discussão e palestras entre profissionais de saúde e usuários para que sejam enfatizados aspectos da promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de acidentes e outros temas pertinentes.

O programa de Pré-Natal da unidade oferece atendimentos médico, odontológico e de enfermagem. Ainda conta com o suporte do NASF quando necessário para orientação nutricional ou assistência social, por exemplo. Há um esforço da equipe para que sejam cumpridas as normas preconizadas pelo MS no que se refere à periodicidade das consultas, alternando-se consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares e reposição de ácido fólico e ferro. No entanto, a cobertura ainda é deficiente (44% de cobertura do Pré-Natal) e boa parte das gestantes não inicia o Pré-natal no primeiro trimestre, perdendo-se as oportunidades de realização de exame ecográfico, que facilitaria a determinação da

idade gestacional, e suplementação de ácido fólico, em vistas de prevenção de defeitos do tubo neural fetal.

Esse retardo no início das consultas pode ser atribuído, entre outros fatores: ao alto número de gestantes adolescentes no território, que frequentemente protelam a ida à unidade de saúde em busca do diagnóstico de gravidez por receio da reação da família; demora na realização do exame confirmatório de gravidez, uma vez que a dosagem do beta-HCG não é disponibilizada na UBS, como sugere o MS, e sua realização está condicionada à solicitação do médico ou enfermeiro após consulta regular, com posterior marcação, seguindo a rotina de agendamento de exames complementares no hospital do município; e desconhecimento por parte das usuárias da importância do Pré-Natal para o bem estar materno e fetal.

Essas dificuldades do seguimento das gestantes poderiam ser contornadas através da aplicação de algumas estratégias: busca no território de gestantes ainda não cadastradas; verificação junto aos gestores quanto à possibilidade de realização do diagnóstico de gravidez com maior rapidez, talvez com a disponibilização da dosagem do beta-HCG no posto de saúde; criação de um “grupo de gestantes” com reuniões regulares e programação divulgada com antecedência para todas as gestantes da unidade, com participação multiprofissional (médica, enfermeira, odontólogo, nutricionista, assistente social, etc) para promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, entre outras ações nos cuidados com as gestantes; encaminhamento regular já na primeira consulta pré-natal para avaliação odontológica; reuniões de capacitação e atualização dentro da equipe para melhoria do atendimento das gestantes e puérperas, seguindo os protocolos do MS.

A atenção à Prevenção do Câncer de Colo de Útero é feita a partir da coleta periódica de exames preventivos para colpocitologia oncótica. A coleta é realizada na própria unidade de saúde e o material é enviado para análise em laboratório na capital do estado. Segundo o Caderno de Ações Programáticas, a cobertura do PCCU é de 86%. Acredito que em razão dos altos índices de câncer de colo de útero no estado, há uma preocupação maior para que as usuárias realizem o preventivo. A cobertura não é total provavelmente por falta de uma estratégia que identifique as usuárias em atrasos com o exame e que convoque as pacientes recém-elegíveis para tal (as que completaram 25 anos). Geralmente, o agendamento do PCCU é feito a partir da demanda trazida pelos ACS, demanda

espontânea na própria UBS ou encaminhamento médico.

O programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero teria sua qualidade melhorada com a reorganização do processo de agendamento dos exames. Atualmente a frequência preconizada pelo MS não é cumprida. Ao invés de exames a cada três anos após dois exames anuais consecutivos normais, muitas realizam exames anuais sequenciais ou ficam longos períodos sem fazê-lo. Inicialmente, a simples revisão de prontuários a cada consulta de mulheres dentro da faixa etária para realização do preventivo do câncer de colo de útero, a fim de identificar os registros de coleta e assim ter parâmetros para confirmar a sua periodicidade, poderia ser útil para otimizar o programa de controle, evitar exames desnecessários e indicar a coleta para quem precisa.

Outro ponto importante é a realização de palestras e encontros entre as usuárias e profissionais para explanação sobre a importância do exame preventivo, sua finalidade real (que não é a de identificar infecções ginecológicas), intervalos em que deve ser realizado e sanar quaisquer dúvidas que venham a surgir.

Quanto ao Controle do Câncer de Mama, o exame clínico das mamas vem sendo realizado, mas não de forma sistemática. Ainda não há mamógrafo no município, e tal fato dificulta o rastreio na faixa etária com indicação para realizá-lo. Uma vez que não há acesso terrestre para outras cidades e a população carente muitas vezes não dispõe de recursos para se deslocar até o local de realização de exames. Dentro das possibilidades dentro da UBS, a realização rotineira do exame clínico das mamas seguindo as recomendações do MS, e não apenas quando há queixas, pode impor mudanças significativas do controle dessa patologia, embora não seja uma neoplasia frequente na população local, sendo a neoplasia de colo de útero muito mais incidente.

Outra estratégia positiva seria a realização de palestras educativas e reuniões entre usuárias e profissionais para orientação sobre fatores de risco, sinais de alarme da doença, faixa etária em que se indica o rastreio, forma correta de realização do autoexame das mamas e para tirar eventuais dúvidas sobre o tema.

A fim de que não se perca o seguimento das usuárias com exames alterados, tanto para Câncer de Colo de Útero ou Câncer de Mama, dever-se-ia criar um agendamento especial para essas usuárias, de forma que os retornos fossem fixados previamente levando-se em consideração o tempo necessário para avaliação das mesmas nos centros de referência, que no caso do município ficam na

capital do estado (Manaus-AM). Esse agendamento deveria funcionar de forma que permitisse a busca ativa das faltosas às consultas de seguimento.

Assim como em outras ações programáticas, os pacientes hipertensos e diabéticos podem contar com atendimentos médico, odontológico e de enfermagem. O apoio do NASF, principalmente dos profissionais de nutrição e educação física, também é de grande importância no acompanhamento desse grupo de usuários. Segundo o Caderno de Ações Programáticas, a cobertura da atenção é de 21% para HAS e 22% para DM, correspondendo a uma cobertura ineficiente.

Quanto aos indicadores de qualidade percebe-se que os poucos pacientes acompanhados pelo programa são bem conduzidos, já que a maioria dos indicadores tem valores positivos: entre os hipertensos, apenas 12% de atraso de consultas, 79% de exames em dia, 100% com orientação sobre atividade física e alimentação saudável; entre os diabéticos, 14% de atrasos de consultas, 84% de exames em dia, 73% com exame físico dos pés e palpação de pulsos nos últimos 3 meses, 100% com orientação sobre atividade física e alimentação saudável.

Os indicadores mal avaliados correspondem à realização de estratificação de risco cardiovascular e avaliação de saúde bucal, ambos na faixa de 40% para os dois agravos. A estratificação do risco não ocorre de forma sistemática porque não há um protocolo para tal. Os profissionais tem ciência do método de estratificação de risco, mas acabam não o fazendo na prática ou o fazem, mas não registram em prontuário. A saúde bucal costuma ser negligenciada infelizmente. A maioria dos pacientes é encaminhada ao dentista quando apresentam queixas. E como a unidade de saúde passou por um longo tempo sem atendimento odontológico por defeito no compressor, as avaliações periódicas desses pacientes estão em atraso.

Quanto à cobertura da atenção à Saúde do Idoso, nota-se que está muito aquém da ideal. Há apenas 115 idosos cadastrados, o que corresponde a 57% de cobertura. Esse fato deve-se à inexistência de uma programação na unidade voltada para esse público. Há um dia para atendimento médico dos idosos, mas em concomitância com atendimento de hipertensos, diabéticos e da saúde mental. Outra justificativa seria a deficiência do cadastramento desses idosos pelos ACS, por falta de atualização dos dados ou novas ocupações no território. É frequente no território a migração de idosos para municípios próximos em busca de melhor suporte para doenças crônicas e o inverso também ocorre, quando idosos chegam no município para morarem na casa de familiares.

Não há Caderneta do Idoso e nem são realizadas a Avaliação Multidimensional ou Investigação de indicadores de fragilização da velhice. A maioria dos atendimentos de idosos é para agravos agudos ou queixas específicas. Atualmente o NASF tem desenvolvido ações educativas para essa população, com espaço para atividades físicas e palestras com participação dos médicos das equipes da UBS.

1.3 Comparativo entre texto inicial e análise situacional

A análise situacional permitiu avaliar as necessidades que as equipes da UBS Domingas Rolim Mourão enfrentam e quase nada mudou desde a primeira impressão relatada na tarefa "Qual situação da ESF/APS em seu serviço?". Através da aplicação dos questionários e busca de dados para as tarefas de reflexão, notou-se desde as deficiências estruturais, que aparentemente não existiam já que o prédio da unidade é novo, construído para ser unidade de atenção básica, até as falhas de seguimento clínico dos usuários. Como grande dificuldade enfrentada até aqui para realização desta análise aponto a falta de registros específicos com dados das ações programáticas. Muitos dos registros possuíam informações generalizadas, sem estratificação por sexo ou idade. As ações coletivas também se fazem necessárias, e a partir do momento que se consiga fazer prevenção e promoção de saúde de forma efetiva no município muitas das dificuldades relatadas serão reduzidas ou até mesmo sanadas.

2. Análise Estratégica

2. 1 Justificativa

A Atenção Básica tem como focos a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer a qualidade de vida (BRASIL, 2006). Dentro desse contexto, devem ser dispensados cuidados à infância, período onde grande parte das potencialidades humanas é desenvolvida, garantindo atendimento integral, acesso universal e igualitário às ações de saúde, conforme assegura o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 1990). Assim, a atenção à Saúde da Criança na atenção básica deve ser resolutiva, com acolhimento, humanização, atuação em equipe, intersetorialidade e responsabilização pela criança (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Grande parte da assistência à criança é dispensada nos moldes da puericultura, área da pediatria voltada para a prevenção e promoção da saúde, e não deve ser considerada uma prática médica estrita de consultório. Para atender às necessidades atuais, tem se tornado cada vez mais interdisciplinar, valorizando as parcerias com outros setores da sociedade e não só da saúde, de modo a garantir o pleno desenvolvimento da criança através de medidas preventivas eficazes (BLANK, 2003; DEL CIAMPO, 2006)

O acompanhamento desde período neonatal acaba gerando melhoria dos indicadores de saúde como a redução da mortalidade infantil e do número de internações hospitalares em menores de cinco anos, e proporciona o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno (BRASIL, 2009; 2012)

Assim como no restante do Brasil, o Estado do Amazonas vem apresentando avanços na área da saúde e atenção à saúde infantil, mas alguns indicadores ainda evidenciam a necessidade de melhoria na assistência prestada para que se assegure o direito integral à saúde. A redução da mortalidade infantil ainda é um desafio, principalmente quando se levam em consideração as características geográficas do Estado, únicas no país, que dificultam severamente o deslocamento intermunicipal, ocasionando atraso e defasagem na troca de informações entre as esferas governamentais e a sensação de abandono e isolamento dos municípios mais afastados da Capital (BRASIL, 2007; SUSAM, 2009)

Dentro do programa de atenção à saúde da criança, os registros do número exato de residentes na área adstrita são incipientes, mas segundo os dados disponíveis os menores de dois anos representam 4% do total de usuários e os menores de um ano representam 32% dentro desse grupo. Com cobertura de 63%, os atendimentos realizados são de puericultura, consulta para agravos agudos, urgências e atendimento odontológico. São feitos monitoramento do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas e incentivo ao aleitamento materno exclusivo. A Saúde Bucal tem, no momento, cobertura inferior a 50%. As consultas médicas não costumam ser agendadas com antecedência fazendo com a frequência preconizada pelo Ministério da Saúde não seja cumprida e há pouca orientação às mães e demais familiar quanto à importância do acompanhamento regular das crianças. As atividades de promoção da saúde são pouco valorizadas em detrimento do atendimento ambulatorial. Não são organizadas ações educativas regulares e o controle social é fraco, sem organização de Conselho Local de Saúde.

É grande a demanda espontânea para atendimentos de agravos como diarreia aguda e infecções de vias aéreas na infância, além do diagnóstico frequente de parasitoses intestinais. Esses eventos podem e costumam impactar negativamente no crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Diante disso e da cobertura ainda ineficiente desse programa nesta UBS, faz-se necessária uma intervenção para que a saúde da criança torne-se realmente prioridade para a equipe de saúde e para que seja ofertado um serviço de qualidade. As principais dificuldades para a implantação do programa de puericultura de forma adequada serão, primeiramente, romper a resistência dos pais em aceitar as recomendações, depois convencer, e envolver, os demais profissionais a realizar promoção de saúde e cumprir as rotinas propostas pelo MS.

As grandes limitações para que se alcance a qualidade completa do programa serão a inexistência de Triagem Auditiva no município, o popular Teste da Orelhinha, pois não há equipamento ou profissional habilitado a fazê-la, e a redução da capacidade clínica para atendimentos odontológicos na UBS em razão de toda a área urbana do município contar com um único consultório em funcionamento. A intervenção nesse grupo populacional pode representar a redução da demanda espontânea por declínio da incidência de doenças preveníveis, levar à melhoria dos indicadores de qualidade na atenção às crianças, proporcionar o crescimento e desenvolvimento de indivíduos dentro de seus potenciais genéticos, com bons hábitos alimentares e de higiene, gerando a longo prazo, jovens e adultos mais saudáveis.

2.2 Objetivos e Metas

2.3.1 2.2.1 Objetivos:

- A. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança
- B. Melhorar a qualidade da atenção à criança
- C. Aumentar a adesão ao Programa de Saúde da Criança
- D. Melhorar a qualidade de registro das informações
- E. Realizar mapeamento das crianças de risco
- F. Promover a saúde das crianças
- G. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança
- H. Melhorar a qualidade de atenção à saúde bucal
- I. Aumentar a adesão ao atendimento em saúde bucal
- J. Melhorar os registros das informações dos atendimentos odontológicos
- K. Promover a saúde bucal das crianças

2.3.2 2.2.2 Metas

- Metas referentes ao objetivo A
 - a) Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Equipe Urbana II da unidade de saúde.

- Metas referentes ao objetivo B

- a) Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
- b) Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- c) Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- d) Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- e) Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
- f) Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- g) Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
- h) Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- i) Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- j) Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.
- k) Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde pela Equipe Urbana II.

- Metas referentes ao objetivo C

- a) Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

- Metas referentes ao objetivo D

- a) Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

- Metas referentes ao objetivo E

- a) Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

- Metas referentes ao objetivo F

- a) Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
- b) Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

- c) Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
 - d) Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária
- Metas referentes ao objetivo G
 - a) Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.
- Metas referentes ao objetivo H
 - a) Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência.
 - b) Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.
 - c) Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- Metas referentes ao objetivo I
 - a) Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.
 - b) Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.
- Metas referentes ao objetivo J
 - a) Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- Metas referentes ao objetivo K

- a) Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.
- b) Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.
- c) Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

2.3. Metodologia

2.3.3 Ações

2.3.4 Ações para ampliação da cobertura do Programa Saúde da Criança e Saúde Bucal (Objetivo A e G)

Monitoramento e avaliação

O monitoramento do número de usuários cadastrados no programa de Saúde da Criança será feito através do acompanhamento dos prontuários, fichas-espelho e planilha eletrônica semanalmente. O controle desse monitoramento ficará a cargo da médica e da enfermeira da equipe.

Organização e gestão do serviço

Além das crianças de 0 a 72 meses já acompanhadas pela equipe de ESF, serão cadastrados e acompanhados todos os usuários dentro da faixa etária da intervenção através de busca ativa pelos ACS, durante visita domiciliar multiprofissional e também aqueles provenientes de demanda espontânea, desde que moradores da área adstrita.

As crianças terão atenção prioritária com destinação de dois turnos de trabalho, um da médica e outro da enfermeira, para atendimento destas, onde serão oferecidas informações aos pais sobre o programa a cada consulta, mas garantindo atendimento em qualquer turno para agravos agudos. O atendimento odontológico será agendado de forma a que todas as crianças inscritas no programa tenham a saúde bucal avaliada, segundo disponibilidade dos odontólogos que atendem na UBS nos dois turnos.

A fim de organizar e atualizar os registros, serão revisados os cadastros disponíveis na UBS junto à equipe para identificação de dados desatualizados e organizar os prontuários em busca de duplicatas, construindo, assim, fontes de dados atualizadas e fidedignas, podendo contribuir para ampliação do percentual de cobertura do programa.

Engajamento público

Como ação adicional para ampliação da cobertura, realizar-se-á palestras informativas sobre o programa de saúde da criança e seus benefícios. As palestras poderão ser ministradas por todos profissionais da equipe, incluindo parceria com o NASF, nos grupos de gestantes e demais usuários no ambiente da UBS ou em eventos para ações sociais e educação em saúde no município.

As palestras também contarão com orientações sobre a saúde bucal e a importância do acompanhamento odontológico regular a partir dos 6 meses. O sistema de agendamento das consultas odontológicas será disponibilizado na UBS por meio de cartazes informativos e orientado pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Para que toda a equipe possa ser multiplicadora de conhecimento e passe as informações de maneira uniforme, serão feitas nas semanas que antecedem a intervenção e em suas semanas iniciais capacitações sobre temas da saúde infantil, informações que devem ser fornecidas aos pais e comunidade em geral sobre o programa e para adoção dos protocolos propostos pelo Ministério da Saúde. As capacitações ocorrerão no âmbito da UBS e serão coordenadas pelos profissionais de nível superior da equipe.

- Ações para melhoria da qualidade da atenção à criança e à saúde bucal (Objetivos B e H)

Monitoramento e avaliação

Todas as ações de monitoramento e avaliação, como monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento e número de crianças que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, serão

realizadas através do acompanhamento dos indicadores para cada meta de qualidade, com periodicidade semanal. O monitoramento será feito pela médica e enfermeira da equipe, com discussão dos resultados nas reuniões de equipe.

Organização e Gestão do Serviço

Para garantir a realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida serão programadas visitas domiciliares a todos os recém-nascidos dentro desse período e essas crianças terão atendimento prioritário (porta-aberta), tanto para atendimento médico quanto de enfermagem, caso cheguem à UBS.

Como a unidade de saúde já possui o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), a fim de que esses estejam sempre em condições de uso, será pactuada com o gestor municipal de saúde, na semana que antecederá o início da intervenção, a manutenção do material e fornecimento dos mesmos em número suficiente.

Visando facilitar o acesso de toda a equipe ao protocolo, a secretaria municipal disponibilizará cópias das curvas de crescimento da OMS, tabelas com orientações nutricionais e demais protocolos do MS, de forma que permita consulta rápida e direcionada.

As crianças identificadas com atraso no desenvolvimento serão referenciadas aos especialistas para diagnóstico e tratamento através de encaminhamento médico dentro do protocolo do sistema de referência do sistema estadual de saúde, via SISREG. Caso o atraso seja identificado durante consulta de enfermagem, a criança será encaminhada para avaliação médica na unidade para posterior encaminhamento ao especialista.

A sala de vacinação da unidade manterá o atendimento imediato àquelas crianças que estiverem com o cartão vacinal em atraso, o que poderá ser identificado por qualquer profissional da equipe. As vacinas serão disponibilizadas conforme o Programa Nacional de Imunizações e caberá à gestão municipal de saúde a disponibilização das vacinas e do material necessário para sua aplicação.

Parte essencial na assistência em puericultura, a prevenção da anemia é feita pela suplementação de ferro por via oral. Para garantir a disponibilização do sulfato ferroso será revisto com o gestor os prazos para disponibilização dos suplementos na farmácia da UBS. Caberá ao administrador da unidade, garantir a reposição dos estoques em tempo hábil.

Ao contrário do teste do pezinho, a triagem auditiva, popularmente conhecida como “teste da orelhinha”, não é realizada no município. Será necessária articulação da secretaria municipal de saúde com a secretaria estadual para que o exame seja oferecido no município ou em unidade de referência em município próximo dentro dos primeiros 30 dias de vida.

Dada a importância da Saúde Bucal na assistência à criança, será pactuado com o cirurgião dentista o atendimento prioritário das crianças de 6 a 72 meses, de modo que todos os cadastrados façam ao menos a primeira consulta no período de intervenção. As crianças deverão sair com as consultas programáticas já agendadas e o agendamento sempre que possível será feito de forma que coincidam os atendimentos médicos, de enfermagem e odontológico.

Engajamento público

Ainda na esfera de melhoria da qualidade, a equipe será responsável por palestras focadas em educação em saúde, noções de higiene, importância do acompanhamento regular, saúde bucal e da vacinação. Poderá ser feita parceria com o NASF para essa ação. As atividades serão realizadas na própria UBS ou em eventos de ações sociais e de saúde que venham a ocorrer no município.

Qualificação da prática clínica

Caso torne-se necessária atualização de protocolos, será organizada reunião para capacitação da equipe a qualquer tempo durante a intervenção. A capacitação poderá ser feita em parceria com o NASF e alunos finalistas dos cursos superiores da área da saúde (medicina, odontologia e enfermagem) da Universidade Estadual do Amazonas que estejam estagiando no município.

- Ações para aumentar a adesão ao programa e ao atendimento em saúde bucal (Objetivos C e I)

Monitoramento e avaliação

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), inclusive dos atendimentos odontológicos, do número médio de consultas realizadas pelas crianças e as buscas aos faltosos, será feito semanalmente através da agenda do programa e dos prontuários das crianças,

revisando o cumprimento da periodicidade das consultas, de forma a avaliar o indicador de adesão, em vistas a reorganizar o serviço.

Organização e gestão do serviço

Os agendamentos serão feitos pelos ACS preferencialmente, respeitando a periodicidade de consultas propostas pelo MS, reservando vagas para que possíveis crianças faltosas e alguns casos urgentes possam ser atendidos. A criança entre zero e 12 meses já sairá com a consulta subsequente agendada.

Engajamento público

A comunidade e responsáveis serão informados da importância do acompanhamento regular das crianças durante palestras educativas na UBS e em atividades coletivas na área de abrangência.

Qualificação da prática clínica

Os ACS serão treinados durante as capacitações para que possam identificar crianças em atraso com o acompanhamento médico e os faltosos às consultas odontológicas.

- Ações para melhorar a qualidade dos registros (Objetivos D e J)

Monitoramento e avaliação

O monitoramento dos registros de todos os acompanhamentos da criança e dos registros de saúde bucal será feito semanalmente a partir dos prontuários e fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Durante as consultas as fichas-espelho serão atualizadas conforme seja necessário com base nos dados dos prontuários. O preenchimento das fichas-espelho será facilitado pelo acesso às curvas de crescimento da OMS, tabelas com orientações nutricionais e demais protocolos do MS, permitindo o registro dos dados antropométricos e demais informações em prontuário mesmo que o responsável não tenha trazido a caderneta da criança. Será solicitado junto ao gestor municipal de saúde, a disponibilização de material impresso para consulta, como o Caderno 33 – Crescimento e Desenvolvimento.

Ainda na primeira semana de intervenção, os prontuários serão revisados e organizados em busca de duplicatas (mesma criança com mais de um prontuário) construindo, assim, fontes de dados atualizadas e fidedignas. Esse trabalho será realizado com apoio das funcionárias da triagem da unidade.

Engajamento público

Para fomentar o engajamento público, durante as ações educativas coletivas na UBS ou nos bairros, a comunidade será orientada sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Qualificação da prática clínica

Durante as capacitações da equipe que antecederão a intervenção, todos serão orientados para o preenchimento correto e padronizado de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde da criança e da saúde bucal.

- Ações para mapeamento de risco (Objetivo E)

Monitoramento e avaliação

O monitoramento do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e do número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso será feito semanalmente pela coordenadora da equipe.

Organização e gestão do serviço

As crianças classificadas como de alto risco terão prioridade no atendimento e agendamento de consultas. Será aberta exceção de agendamento para esse grupo de crianças caso não se tenha vagas para data pretendida, podendo abrir eventual vaga extra. Utilizar-se-á a ficha-espelho para identificar as crianças de risco a cada consulta médica ou de enfermagem.

Engajamento público

A comunidade será orientada por meio de ações educativas coletivas na unidade de saúde sobre os fatores de risco para morbidades na infância. E os profissionais da equipe serão capacitados para identificar os fatores de risco para morbimortalidade infantil. Serão providenciados cartazes para reforçar as orientações aos usuários da UBS quanto ao tema.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais serão capacitados na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade em capacitações no período pré-intervenção e em atualizações sempre que necessário.

- Ações para promover a saúde das crianças (Objetivos F e K)

Monitoramento e avaliação

Os indicadores para cada meta de promoção de saúde serão monitorados quinzenalmente com base nos registros disponíveis (prontuários e fichas-espelho) usando os resultados da avaliação para organização do serviço. As atividades coletivas de educação em saúde serão registradas em ficha própria do e-SUS e em registro próprio da equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Cada indivíduo da equipe será promotor da saúde da criança nas suas variadas atribuições e campos da promoção: prevenção de acidentes, promoção do aleitamento materno, orientação nutricional, etc. As orientações serão dadas nas consultas domiciliares, consultas ambulatoriais e em palestras na UBS ou em espaços comunitários.

Para que se consiga realizar as atividades em grupo, como as palestras semanais na unidade, a agenda de atendimento será organizada de forma a limitar o número de consultas, reservando vagas para agravos agudos e busca ativa. Os conteúdos a serem trabalhados nas palestras serão identificados a partir das demandas dos atendimentos como mais frequentes.

Engajamento público

Durante as ações coletivas, a comunidade será orientada sobre formas de prevenção de acidentes na infância, importância do aleitamento materno, alimentação adequada para crianças, importância da higiene bucal, hábitos de sucção nutritiva e outras temas pertinentes. Essas informações também estarão disponíveis em cartazes na recepção da UBS.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões de equipe, os profissionais serão informados sobre os principais acidentes que ocorrem na infância, suas formas de prevenção e serão capacitados a orientar o aleitamento materno exclusivo, correção da pega, higiene bucal, sucção nutritiva, etc. Com auxílio da nutricionista do NASF, a capacitação da equipe também contará com orientação nutricional de acordo com a faixa etária. Nessas reuniões também serão determinados os papéis de cada profissional nas orientações de saúde bucal.

2.3.5 Indicadores

A fim de avaliar as metas e monitorar a intervenção, utilizaram-se os seguintes indicadores:

a) Indicadores de Cobertura

- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

b) Indicadores de Qualidade

- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.
Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.
Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas
Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.
Denominador: Número de crianças com déficit de peso.
- Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.
Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.
Denominador: Número de crianças com excesso de peso.
- Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.
Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.
Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.
Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.
Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.
Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.
Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- Proporção de crianças com triagem auditiva.
Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.
Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.
Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica
- Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

- Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

c) Indicadores de Adesão

- Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

- Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas.

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

- Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas à consulta odontológica subsequentes.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

d) Indicadores de Registro

- Proporção de crianças com registro atualizado

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças com registro odontológico atualizado.

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

e) Indicadores de Avaliação de Risco

- Proporção de crianças com avaliação de risco

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

f) Indicadores de Promoção da Saúde

- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

- Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

- Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

2.3.6 Logística

A fim de realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança adotaremos os protocolos constantes no Caderno de Atenção Básica número 33 do Ministério da Saúde. Serão utilizadas fichas-espelho disponíveis no município e uma ficha complementar para que todos os dados necessários para cálculo dos indicadores sejam coletados de forma uniforme tanto nas consultas médicas como de enfermagem, uma vez que as fichas-espelho disponíveis não estão padronizadas.

Estima-se alcançar com a intervenção 113 crianças. Será solicitada à secretaria municipal de saúde a impressão de 150 fichas complementares, prevendo o alcance de um número maior de usuários e rasuras que levem à necessidade de preenchimento de nova ficha. Uma planilha eletrônica de coleta de dados será utilizada para acompanhamento mensal da intervenção.

Para concretização das ações já foi feita articulação com a coordenação de atenção básica da secretaria municipal de saúde para apoio em todas as etapas. Para as ações de monitoramento e avaliação será feita revisão semanal das fichas-espelho. O município encontra-se em transição para o registro das produções e consolidação de dados para o formato eletrônico, o que provavelmente facilitará o acesso aos dados.

Para organizar o registro específico do programa será necessária uma revisão dos prontuários disponíveis na unidade básica de saúde. Essa revisão será feita por mim, médica, e conforme julgue necessário, solicitarei apoio da técnica de enfermagem da equipe. A partir dessa revisão, as informações serão transcritas para as fichas de acompanhamento. As crianças com consultas e vacinas em atraso serão identificadas para busca ativa a ser realizada pelos ACS e os prontuários em duplicata serão unificados pela técnica da equipe e funcionários da recepção.

Dentro das ações que envolvem organização do serviço com o objetivo de melhoria da qualidade do programa, será disponibilizado com apoio da secretaria municipal de saúde material de consulta impresso para os profissionais, o qual poderá ser cópia do caderno de atenção básica sobre saúde da criança e/ou catálogo com os principais fluxogramas e tabelas de orientações do mesmo caderno somado aos gráficos de crescimento.

As consultas serão agendadas preferencialmente pelos ACS para um turno de atendimento, seguindo a periodicidade recomendada pelo MS (1, 2, 4, 6, 12, 18

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações desenvolvidas, facilidades e dificuldades.

Ao fim de 12 semanas de intervenção, notei o quanto o tempo foi curto, mas ao mesmo tempo frutífero para mudanças dentro da equipe e da unidade de saúde. O contexto político-econômico pelo o qual o município passa no momento refletiu negativamente em alguns aspectos do projeto, principalmente no que se refere à disponibilização de medicamentos e de materiais de uso diário, incluindo os insumos odontológicos. Foram atendidas 97 crianças entre 0 e 72 meses com consultas médicas semanais durante esse trimestre, atingindo 73,5% de cobertura, e mesmo com todas as dificuldades encontradas o saldo é positivo.



Figura 1 - Crianças e responsáveis à espera da consulta

O projeto de intervenção em Saúde da Criança contemplou ações para ampliação da cobertura, melhoria da qualidade da atenção, aumento da adesão, melhoria da qualidade dos registros, mapeamento de risco e promoção da saúde das crianças. Muitas das ações deram certo e contribuíram para o bom andamento

do trabalho na unidade. Os agendamentos foram realizados pelos agentes de saúde e, também, pelas funcionárias da recepção, já que o acolhimento à demanda espontânea é parte integrante da intervenção. Como médica da equipe, fiz monitoramento e avaliação dos indicadores de cobertura e de qualidade de forma a organizar melhor o serviço.

Dentro das ações para melhoria da qualidade, os encaminhamentos para especialistas foram realizados conforme a necessidade. A dificuldade nessas situações é obter a vaga com rapidez, pois a maioria das especialidades só é oferecida na capital Manaus, e todos os 62 municípios do estado, incluindo a capital, disputam as consultas no sistema de regulação estadual. Outra dificuldade é o deslocamento, pois o município só tem acesso fluvial pelo rio Amazonas. Mas sempre que as famílias argumentaram dificuldades financeiras, o custeio das passagens ou qualquer outra ajuda foi intermediado pela assistente social do NASF junto à secretaria de saúde. Como a unidade possui sala de vacina, facilmente as crianças com cartão vacinal atrasado conseguiram atualizá-lo no mesmo dia ou ainda na mesma semana.

Uma das ações que considero de maior sucesso foi a “Palestra aos Pais”. As palestras foram realizadas por mim semanalmente na própria UBS com foco na educação em saúde, noções de saúde, importância do acompanhamento regular, saúde bucal, entre outros. Progressivamente a ação foi ganhando proporções maiores na semana e ganhando público. De 6 ouvintes na primeira palestra, alcançamos 25 participantes na oitava semana, chegando a um total de 173 ouvintes entre usuários e funcionários. Os temas para as palestras foram escolhidos de acordo com a demanda de dúvidas ou erros nos cuidados com as crianças observados durante as consultas. Acredito que dessa forma, temas cotidianos foram abordados de forma simples, mas informativa e esclarecedora.

O agendamento pelos ACS e também pelas recepcionistas da unidade facilitaram a adesão ao programa, pois antes a maioria das consultas eram provenientes de demanda espontânea. Alguns agentes de saúde mostraram-se mais pró-ativos que outros e, assim, a cobertura das microáreas foi um pouco desigual. Os registros em ficha-espelho facilitaram o acompanhamento das crianças. As fichas foram anexadas aos prontuários de forma que pudessem ser avaliadas e preenchidas em consulta por qualquer profissional da UBS.



Figura 2 - Palestras educativas na UBS

As ações para mapeamento de risco foram cumpridas a contento, como o atendimento prioritário das crianças classificadas como de risco e as ações educativas (palestras, orientações nas consultas) sobre fatores de risco na infância. Quanto às ações de promoção da saúde, as orientações nutricionais, de saúde bucal e de prevenção de acidentes foram realizadas nos atendimentos clínicos e palestras educativas. A abertura do Outubro Rosa, na quinta semana, serviu de oportunidade para que uma grande ação coletiva fosse desenvolvida e, apesar da temática voltada para as mulheres, o evento foi aproveitado para a realização de atividade recreativa com as crianças e para promoção de hábitos de vida saudável

3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente, facilidades e dificuldades

Como todo projeto tem suas dificuldades em ser implementado, a intervenção em Saúde da Criança não seria diferente. Algumas ações enfrentaram barreiras para que fossem desenvolvidas. Entre elas, uma das que mais fez falta foi o atendimento odontológico. Como já comentado, o município passa por um momento político delicado, a situação financeira da prefeitura é sabidamente ruim, com atraso de pagamento dos funcionários e falta de orçamento para reposição de insumos e manutenção de equipamentos.

Desde o mês que antecedeu o início da intervenção, o consultório odontológico da unidade não possuía materiais básicos para procedimentos e a caneta odontológica apresentava defeito. Apenas durante uma semana (a sétima),

foi possível que o odontólogo fizesse orientações de higiene, mas até o término da intervenção as consultas odontológicas não haviam sido marcadas.

Essa mesma crise municipal descrita acima afetou a disponibilização de medicamentos básicos, incluindo o sulfato ferroso, essencial na profilaxia de anemia ferropriva em crianças de 6 a 24 meses. Como o suplemento mineral não é encontrado na unidade, a adesão à profilaxia é baixa, e mesmo aqueles que o compram acabam por interromper precocemente o uso. Apesar disso fui insistente e incisiva na importância do mineral para o desenvolvimento saudável, abordando o tema em uma das palestras semanais na UBS e em todas consultas quando pertinente.

Outra barreira encontrada para atingir os indicadores de qualidade foi a falta da triagem auditiva – o teste da orelhinha. O exame não é ofertado no município e nem há previsão de que se tenha profissional habilitado para aplicá-lo. As crianças atendidas com triagem auditiva registrada em caderneta da criança são aquelas nascidas em outros municípios maiores que a realizam. E não foi possível obter junto à secretária municipal de saúde alternativa hábil para solucionar esse problema.

Outra ação que não consegui por em prática foi a visita domiciliar para recém-nascidos na primeira semana de vida. Posso dizer que esse é um problema crônico dentro da equipe, a coordenação da equipe mudou há 5 meses e continuamos na mesma situação. Embora já tenham sido orientados, os ACS não tem por hábito agendar visitas às puérperas e aos recém-nascidos e, assim, perde-se uma boa oportunidade para a primeira consulta da criança.

Estava previsto no projeto de intervenção que as consultas médicas seriam alternadas com as consultas de enfermagem, mas infelizmente a enfermeira da equipe necessitou de afastamento por diversas vezes durante a intervenção por motivos pessoais, o que inviabilizou tal alternância e de certa prejudicou também a organização das visitas domiciliares.

3.3 Dificuldades encontrados na coleta e sistematização de dados

O fechamento da planilha de coleta de dados foi realizado por mim, médica da equipe. O preenchimento da planilha de coleta de dados exigiu que alguns dados fossem pesquisados no passado. Quando revisamos os prontuários, vimos o quão é importante o registro sistemático e descritivo dos atendimentos, principalmente

quando se fala em puericultura. Entre as crianças maiores de 2 anos, são poucas as que tem registrado dados sobre o nascimento, resultados de teste do pezinho, suplementação de ferro ou orientações sobre aleitamento ou alimentação complementar, exigindo que contássemos, muitas vezes, com a memória dos pais e responsáveis.

Outra dificuldade encontrada foi a sistematização dos dados de promoção de saúde bucal. Os indicadores usavam o número de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica programática como denominador, o que impediria o aproveitamentos dos dados das ações realizadas para saúde bucal, independente da consulta odontológica. Assim, o denominador para alguns indicadores de saúde bucal foram alterados. Apesar disso, o cálculo dos indicadores, no geral, foi facilitado, já que a Planilha de Coleta de Dados (formato Excel) fornecida pelo curso os calculava automaticamente a partir dos dados alimentados na planilha.

3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade

Mesmo não conseguindo atingir todas as metas, considero que a intervenção serviu de estímulo para que a equipe se tornasse mais organizada e ativa. O agendamento das crianças para um turno específico foi incorporado à rotina da unidade e não preciso ficar lembrando os membros da equipe ou recepcionistas para que o façam. Cada vez é mais comum atender recém-nascidos e lactentes, sinal de que as palestras educativas vem gerando bons resultados, assim como explicita uma boa atuação dos agentes de saúde na comunidade. Posso dizer que finalmente consegui fazer puericultura e não somente atender crianças doentes. O elogio dos colegas e dos pais foi minha maior recompensa e sinalização de que o trabalho foi bem feito.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção em saúde da criança teve como foco as crianças entre 0 e 72 meses residentes na área de abrangência da BS Domingas Rolim Mourão. Até o momento, o registro da equipe quanto ao número de crianças na área não era estratificado de forma a contemplar a faixa etária 0 a 72 meses nos registros, por isso o número total de crianças foi estimado em 132 com base nos dados da Folha D do SIAB à época do levantamento de dados. Foram atendidas 97 crianças dentro da referida faixa etária, seguindo as orientações do Caderno de Atenção Básica número 33 do Ministério da Saúde.

Objetivo A: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta a: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Equipe Urbana II da unidade de saúde.

Indicador: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Com o objetivo de ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, foi traçada a meta de 80% de cobertura. Para avaliar o alcance da meta, foi utilizada a proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa como indicador de cobertura. A ampliação foi progressiva, iniciando com 25% no primeiro mês, 53% no segundo, atingindo 73,5% no último mês da intervenção (Figura 3). A cobertura do programa foi afetada por alguns fatores como:

- Distância entre a unidade de saúde e a área de abrangência – a equipe está inserida na UBS provisoriamente, enquanto outra unidade está em fase de

construção. A unidade está localizada no Centro, e os bairros atendidos pela Equipe Urbana III são mais periféricos. Não há transporte coletivo no município e muitos se deslocam a pé até a unidade.

- Condição sócio-cultural dos usuários – a maioria da população vive em famílias populosas, tendo como renda benefícios do governo federal (por exemplo, o Bolsa Família) ou trabalhos rurais, como pesca e agricultura. Não há o hábito de realizar consultas de rotina para crianças. A demanda espontânea por doenças agudas é o que motiva grande parte dos agendamentos da unidade.
- Equipe em estruturação – a equipe passou por mudança de coordenação no mês que antecedeu a intervenção, e por motivos adversos a coordenadora não pode estar presente integralmente nesses últimos meses para organizar as ações da equipe.

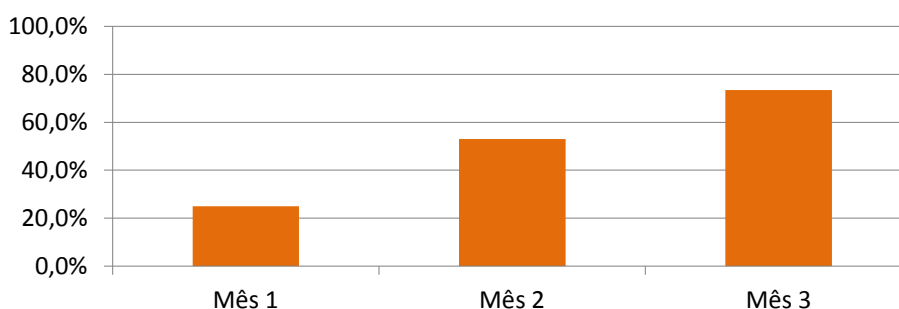


Figura 3 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta : Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Muito mais do que ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança, a intervenção também focou em melhorar a qualidade da atenção oferecida à criança. A proporção de crianças com primeira consulta na primeira de vida foi pequena. Ao final da quarta semana, apenas 3% havia sido consultada na primeira semana de vida, chegando a 8,2% ao final da décima segunda semana, evidenciando aumento em cinco pontos percentuais (Figura 4). Além de poucos recém-nascidos serem

trazidas à unidade para consulta na primeira semana, muitas das crianças maiores não tinham em seus prontuários o registro das consultas iniciais, ou por falha no arquivamento ou por serem provenientes de outras localidades. A ação que tentou reverter essa situação foi a visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido até o sétimo dia de vida deste. Mas a equipe apresenta uma deficiência de longa data em agendar esse tipo de atendimento. Mesmo com as capacitações e orientações aos ACS, esta ação não foi colocada em prática a tempo, também prejudicada pela falta de coordenação na equipe.

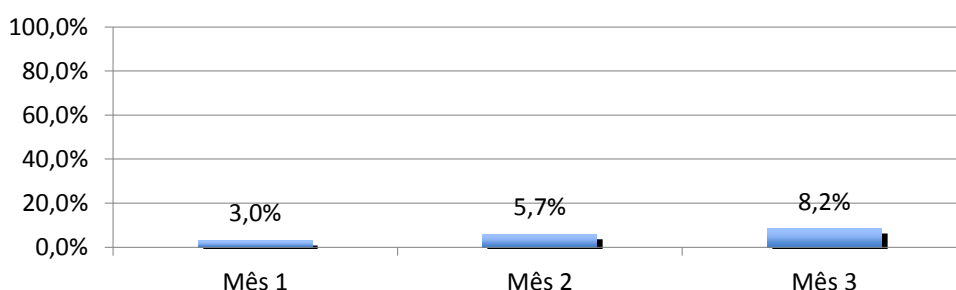


Figura 4 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento

A proporção de crianças com monitoramento do crescimento era de 97% no início da intervenção, chegando a 100% no segundo e terceiro mês, atingindo a meta de qualidade (Figura 5). A diferença no primeiro mês se deveu à falta de qualidade dos registros das consultas anteriores de um único usuário. Todas as crianças foram avaliadas quanto ao crescimento a partir dos dados antropométricos aferidos na triagem de cada consulta na UBS. Não houve crianças com estatura abaixo do percentil 3 ou escore Z inferior a -2.

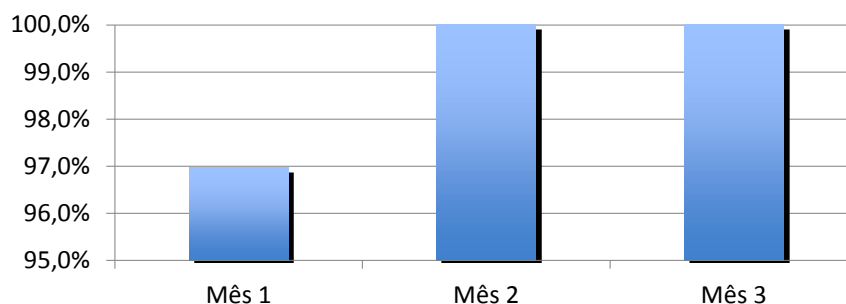


Figura 5 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança

Meta : Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

As metas de qualidade para monitoramento de 100% das crianças com déficit e 100% das com excesso de peso também foram atingidas (Figuras 6 e 7). O número pequeno de usuários fora da faixa de peso adequado seja para mais ou para menos, contribui para um monitoramento efetivo, sendo que no primeiro mês não houve casos de excesso de peso.

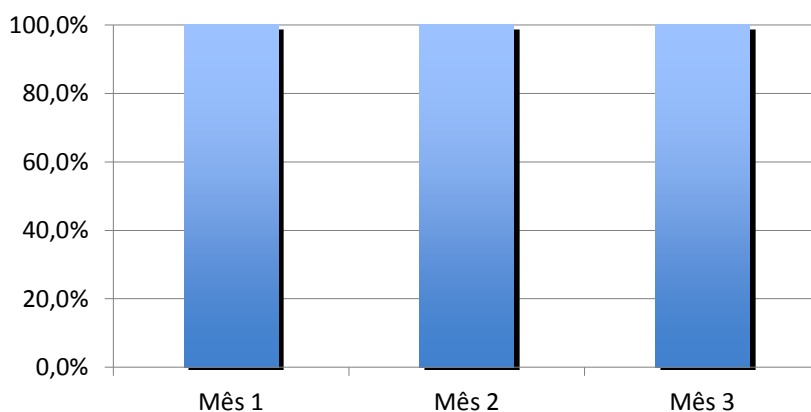


Figura 6 - Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta : Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

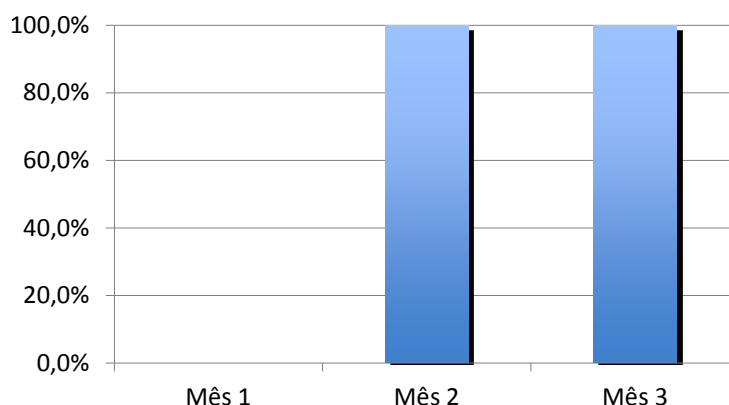


Figura 7 - Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança

Meta : Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento

Durante a intervenção foi possível aumentar em 12% o monitoramento do desenvolvimento, chegando em 93,8% das 97 crianças acompanhadas (Figura 8). Não se atingiu 100% de monitoramento, pois não foram registrados os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor de 6 crianças avaliadas no primeiro mês.

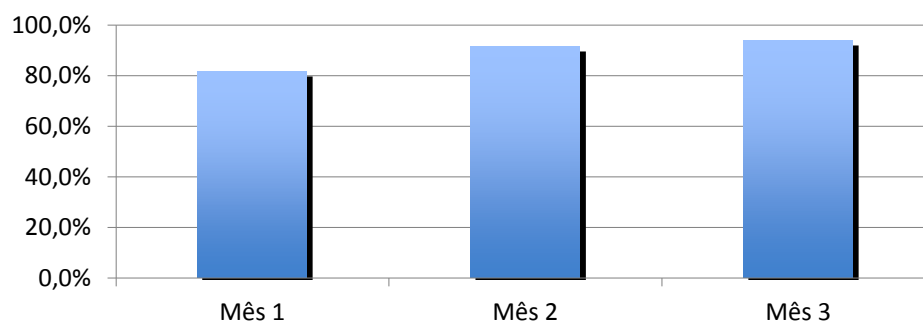


Figura 8 - Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta : Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade

Ao final do primeiro mês, 29 de 33 crianças estavam com vacinas em dia, perfazendo um percentual de 87,9%. A UBS possui a única sala de vacina da área

urbana do município, assim, a demanda por vacinas na unidade é grande. Ao final do terceiro mês, 90 de 97 (92,8%) crianças estavam com cartão de vacinas atualizado (Figura 9). A vacina pneumocócica apresentou atrasos em sua reposição durante o trimestre de intervenção, o que justifica em parte o pequeno distanciamento da meta de qualidade.

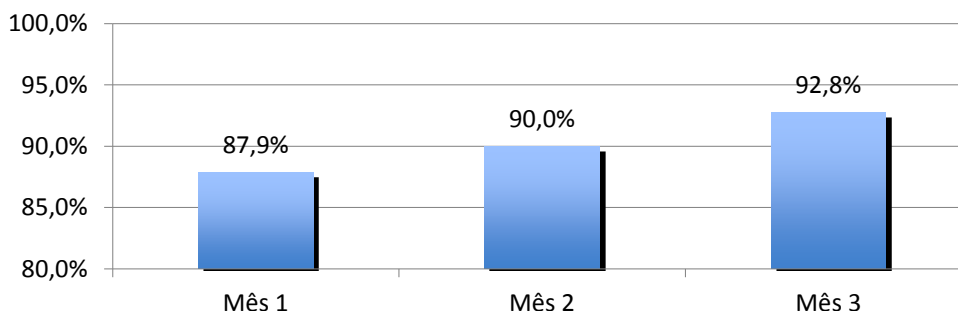


Figura 9. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta : Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro

A suplementação de ferro como profilaxia para anemia ferropriva foi um desafio. A suplementação efetiva só foi alcançada para 53,5% das crianças entre 6 e 24 meses. Embora o sulfato ferroso tenha sido prescrito para todos os usuários dentro da faixa etária recomendada para profilaxia, a população não tinha acesso ao suplemento na farmácia da UBS, que se encontrava desabastecida no período.

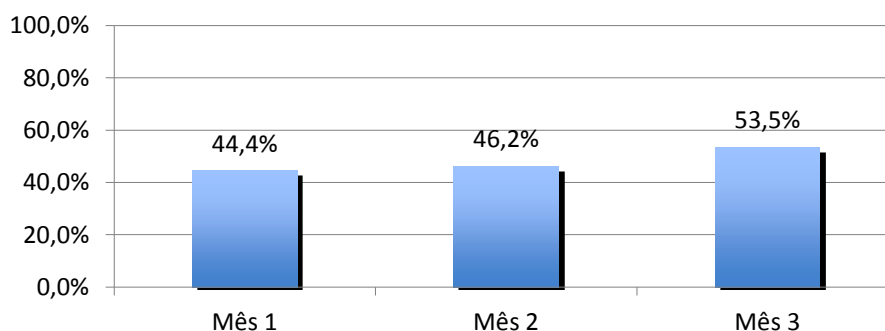


Figura 10 - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança

Meta: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

O teste da orelhinha (triagem auditiva) não é disponibilizado no município. Não há profissional habilitado nem equipamento para o exame. Também não há fluxo intermunicipal estabelecido para realização do mesmo. As crianças que realizaram o teste de emissões otoacústicas foram aquelas nascidas nas cidades de Itacoatiara e Manaus (capital). Isso justifica a pequena proporção de crianças com triagem auditiva: apenas 14,4% (Figura 11).

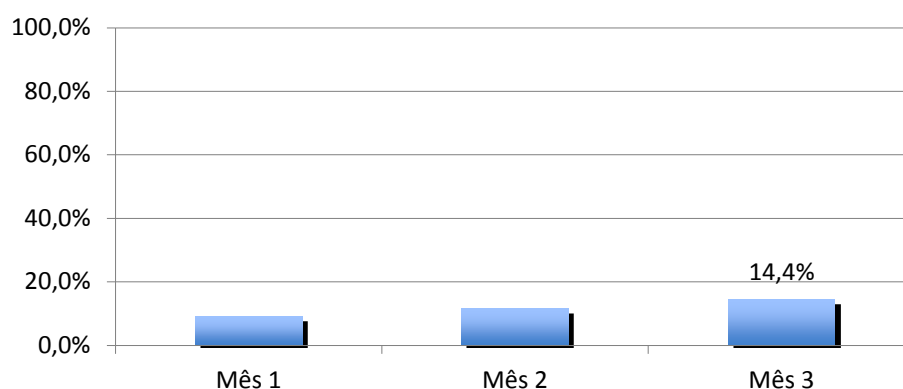


Figura 11 - Proporção de crianças com triagem auditiva
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção às crianças.

Meta: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

O teste do pezinho é realizado na secretaria municipal de saúde de forma a centralizar as coletas para envio ao laboratório de referência no estado. A cobertura do exame é boa, chega próximo de 100%, mas muitas vezes a coleta é tardia. A maioria das mães acaba não levando os recém-nascidos para coleta antes dos 7 dias de vida. A importância do teste e do prazo para que seja feito foi abordada durante o grupo de gestantes do município e durante as palestras educativas na UBS. Ao final dos três meses de intervenção 53,6% das crianças acompanhadas haviam realizado teste do pezinho antes dos 7 dias de vida (Figura 12). Para cálculo do indicador de qualidade (proporção de crianças com teste do pezinho realizado até

7 dias de vida) foi necessário contar, além dos registros em prontuários, com a memória das mães, o que pode ter prejudicado a coleta de dados.

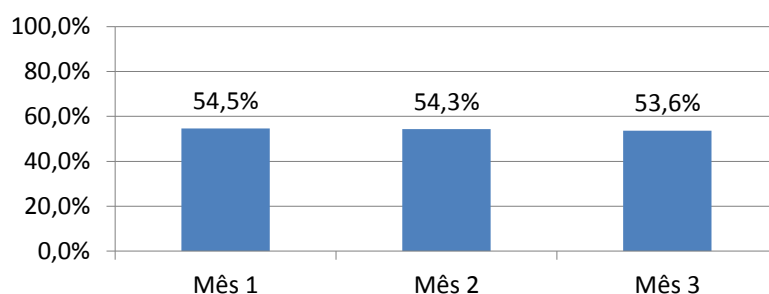


Figura 12- Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta : Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo B: Melhorar a qualidade da atenção à criança.

Meta : Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 24 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde pela Equipe Urbana II.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica

Durante o período de intervenção, o serviço odontológico esteve suspenso por falta de materiais e defeito nos equipamentos. Em razão disso, não ocorreram consultas ou avaliações odontológicas, impedindo o cálculo de muitos indicadores. Apesar disso, todas as crianças foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico. Indicadores, comentários e gráfico estão registrados mais a frente neste volume, junto com os resultados referentes aos objetivos de saúde bucal.

Objetivo C: Aumentar a adesão ao Programa de Saúde da Criança.

Meta: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

A melhoria da adesão ao programa de puericultura foi avaliada pela proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas. Foi alcançada a meta de 100% de busca ativa dos 7 faltosos às consultas (Figura 13). Antes da intervenção as desistências eram mais comuns que as faltas, ou seja, era mais comum o usuário comparecer à triagem e desistir do atendimento. Com o programa de puericultura organizado, as desistências diminuíram.

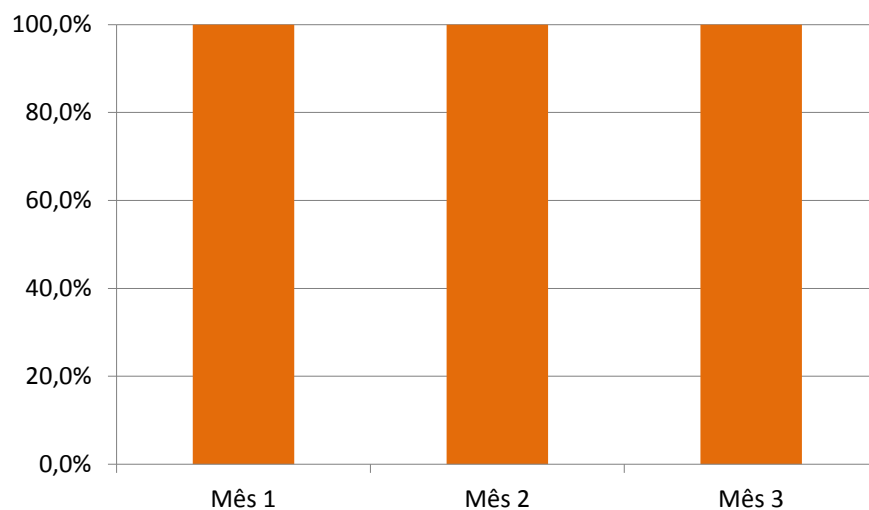


Figura 13 - Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo D: Melhorar a qualidade de registro das informações

Meta : Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

Foram utilizadas fichas-espelho para registro de dados pessoais, antropométricos e vacinais das crianças acompanhadas, atingindo a meta de melhoria da qualidade dos registros em 100% (Figura 14). Para otimizar o tempo para as consultas, as fichas eram preenchidas após as consultas a partir das informações do prontuário.

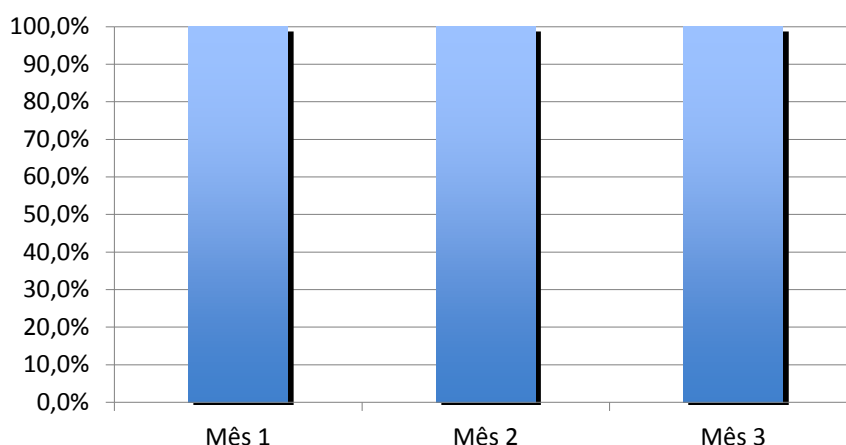


Figura 14 - Proporção de crianças com registro atualizado
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo E: Realizar mapeamento de crianças de risco

Meta : Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco

Outra meta alcançada foi a avaliação de risco de 100% das crianças cadastradas no programa (Figura 15). A maioria das crianças da área de abrangência poderiam ser classificadas com algum grau de risco para óbito infantil. Um dos fatores de alto risco identificado foi peso de nascimento inferior a 2500g em duas lactentes. Os fatores de médio risco foram mais frequentes: mães adolescentes, gestação não desejada, intervalo interpartal menor que 1 ano, renda familiar de até 3 salários mínimos.

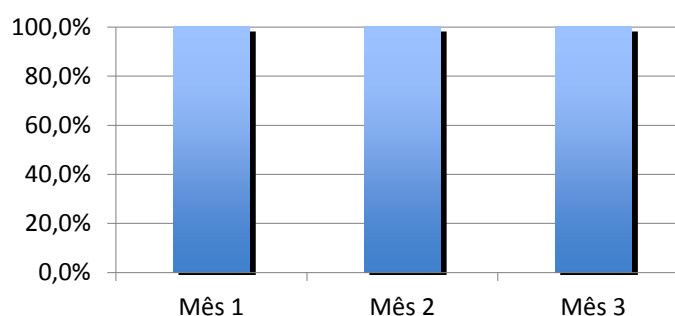


Figura 15 - Proporção de crianças avaliação de risco
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo F: Promover a Saúde das Crianças.

Meta: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

O número de crianças colocadas para mamar na primeira consulta de puericultura não foi tão expressivo, pois muitas das crianças atendidas já estavam desmamadas ou não foram trazidas à consulta pela mãe. Das 97 crianças acompanhadas, 28 (28,9%) foram colocadas para mamar ainda na primeira consulta (Figura 16), número que se aproxima do total de lactentes com idade de até 6 meses.

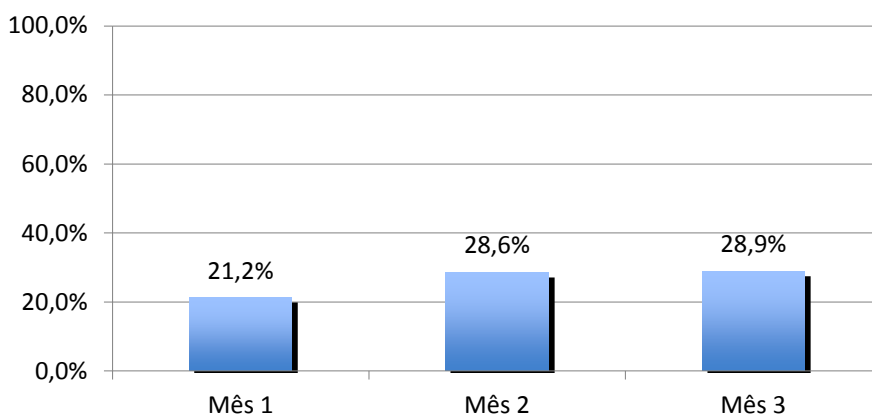


Figura 16 – Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo F: Promover a Saúde da Criança

Meta: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

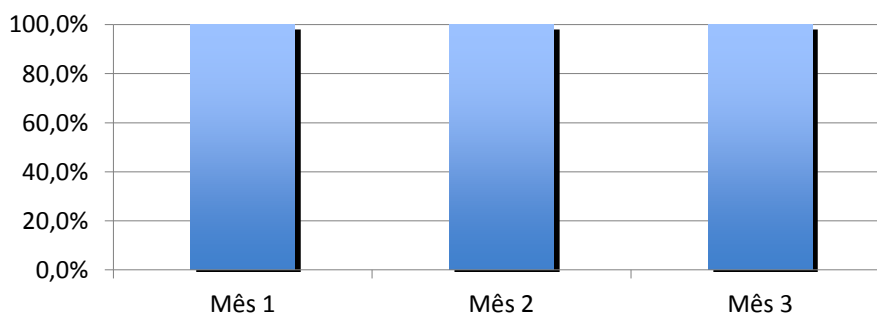


Figura 17 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo F: Promover a Saúde da Criança.

Meta: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

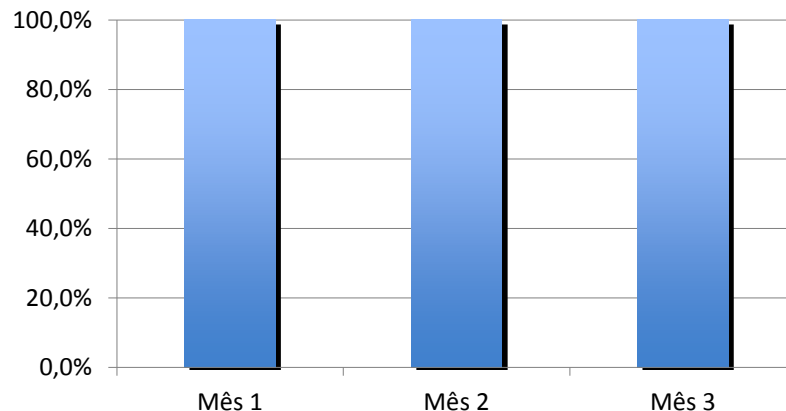


Figura 18 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Objetivo F: Promover a Saúde da Criança

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

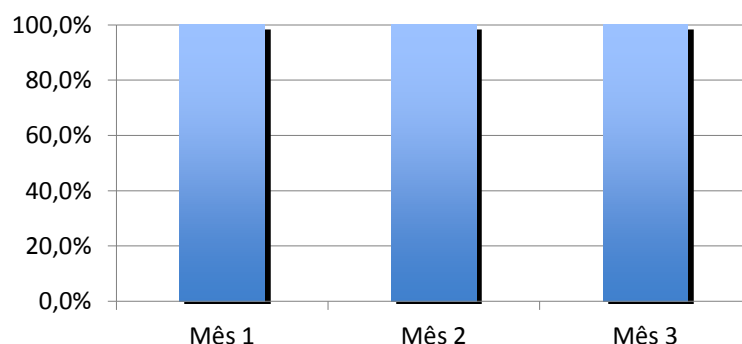


Figura 19 - Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Tratando-se de puericultura não se poderia negligenciar a promoção de saúde. Nos três meses de intervenção, os pais ou responsáveis receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais de

acordo com a faixa etária e orientações de higiene bucal e prevenção de cáries, chegando a 100% de usuários orientados no período (Figuras 17,18 e19 acima).

Objetivo G: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal das crianças.

Meta: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 70% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança.

Indicador: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

Objetivo H: Melhorar a qualidade de atenção à saúde bucal.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência.

Indicador: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo H: Melhorar a qualidade de atenção à saúde bucal.

Meta: Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Objetivo H: Melhorar a qualidade de atenção à saúde bucal.

Meta: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído

Objetivo I: Aumentar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Objetivo I: Aumentar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Objetivo J: Melhorar os registros das informações dos atendimentos odontológicos

Meta: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com registro odontológico atualizado.

Objetivo K: Promover a saúde bucal das crianças.

Meta: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Objetivo K: Promover a saúde bucal das crianças.

Meta: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Objetivo K: Promover a saúde bucal das crianças.

Meta: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Como já comentado anteriormente, durante o período de intervenção, o serviço odontológico esteve suspenso por falta de materiais e defeito nos equipamentos. Em razão disso, não ocorreram consultas ou avaliações odontológicas, impedindo o cálculo dos seguintes indicadores correspondentes aos objetivos G, H, I e J: proporção de crianças residentes na área de abrangência da

unidade de saúde com primeira consulta programática; proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico; proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia; proporção de crianças com tratamento dentário concluído; proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde; proporção de crianças com registro odontológico atualizado.

Apesar de não ter sido possível dar início às consultas odontológicas programáticas, todas as crianças (100%) foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico durante as consultas médicas (Figura 20a.). Dessa forma, os denominadores “número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática” foram alterados para “número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde” dos seguintes indicadores de promoção de saúde bucal: proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal (Gráfico 20b); proporção de crianças com orientações sobre a dieta (Gráfico 20c); proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (Gráfico 20d). Estimou-se que existissem 112 crianças entre 6 e 72 meses na área de abrangência da unidade e foram atendidas 75 crianças nessa faixa etária. Estes indicadores ascenderam a cada mês, atingindo 21,4% no mês 1; 49,1% no mês 2 e 67% no mês 3 para todos estes indicadores.

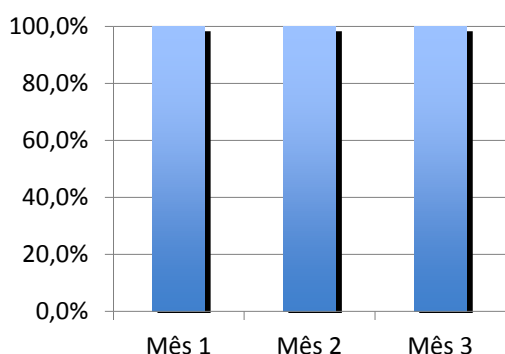


Figura 20a. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

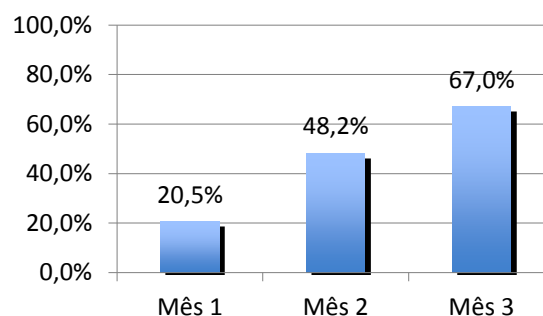
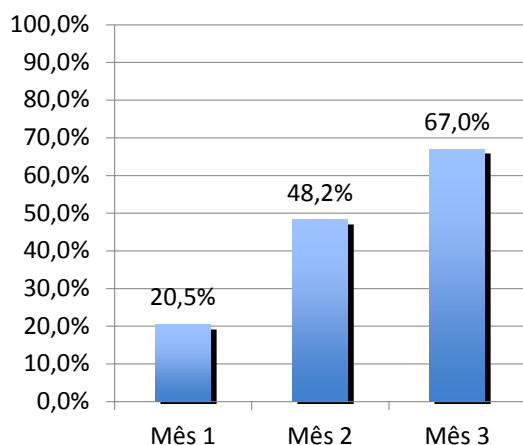


Figura 20b. Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.



20c. Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

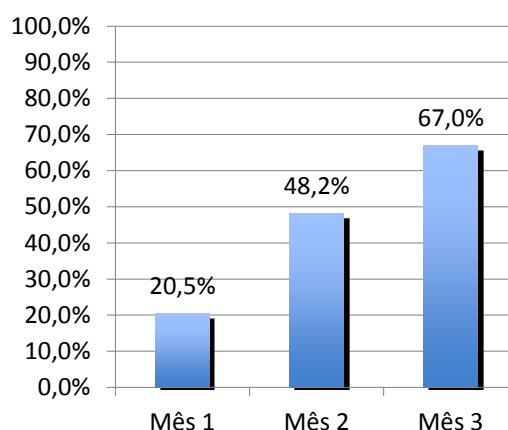


Figura 20d. Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção, mesmo não tendo alcançado a meta de cobertura, contribuiu principalmente para a organização do serviço e qualificação dos registros, com progressos notáveis na melhoria da qualidade da atenção à criança e valorização da promoção da saúde, especialmente com as palestras educativas semanais.

A maior contribuição que a intervenção trouxe para a equipe foi a mudança de paradigma nos agendamentos de consultas. Antes focada em crianças doentes, hoje a equipe compreende a importância do agendamento de crianças saudáveis, que podem e devem ser consultadas rotineiramente para monitoramento do crescimento e desenvolvimento.

O serviço ganhou com o dia exclusivo de atendimento para crianças, que embora já existisse não era seguido na prática. O agendamento pelos ACS e recepcionistas facilitou o bom andamento do serviço, antes pautado na demanda espontânea. E como as crianças eram agendadas para um único turno em número restrito, os pais compreendiam o tempo de espera para a consulta e houve redução da desistência da mesma.

Para a comunidade, as palestras educativas semanais contribuíram tanto na promoção da saúde como no engajamento público. Os pais vem entendendo a importância da puericultura e demonstraram satisfação com o atendimento recebido. Apesar disso, ainda vejo uma população pouco conhecedora de seus direitos e pouco participativa das decisões locais no que tange o tema saúde.

A intervenção poderia ter sido melhor caso a proposta de intercalar as consultas médicas com as consultas de enfermagem pudesse ter sido colocada em prática. Também faltou uma maior articulação com o gestor para buscar alternativas viáveis para realização do teste da orelhinha.

Outras dificuldades como a indisponibilidade de sulfato ferroso para profilaxia de anemia ferropriva entre os lactentes e a falta de materiais para consultas odontológicas não puderam ser contornadas pela equipe porque dependiam da gestão para que pudessem ser solucionadas. As solicitações de reposição foram feitas dentro de prazo plausível, mas a resposta não ocorreu em tempo hábil. Nesse contexto, a equipe fez o possível em promoção de saúde para suprir essas deficiências.

Acredito que a meta de cobertura estipulada no início da intervenção foi ambiciosa diante da realidade social da região, mas em pouco tempo, com manutenção das mudanças e progressos conseguidos com a intervenção, a cobertura será ampliada. Alguns indicadores de qualidade como coleta do teste do pezinho até 7 dias e vacinação em dia são itens para melhoria a prazo mais longo, já que dependem de mudança de postura dos usuários e de pontualidade da gestão na reposição de insumos.

Caso fosse realizar a intervenção nesse momento, talvez tivesse inserido mais atividades de promoção de saúde e engajamento público, com direcionamento para escolas e grupos de mães. Teria insistido mais nas visitas domiciliares para os recém-nascidos como estratégia para ampliar o número de testes de pezinhos coletados na primeira semana de vida. E tentaria motivar ainda mais os ACS para os agendamentos e identificação de crianças não acompanhadas no território.

Diante da realidade local de grande rotatividade de profissionais de nível superior nas equipes, alguns parâmetros alcançados poderão ser perdidos. Mas a organização dos agendamentos e dos registros obtida com a intervenção tende a ser duradoura. Os agentes de saúde, técnicos e funcionários de apoio/recepção costumam permanecer mais tempo em suas funções por serem moradores do município, e, assim, são eles que terão o papel e a oportunidade de perpetuar as mudanças positivas alcançadas durante esse trimestre.

4.3 Relatório para os Gestores

Nos meses da Intervenção em Saúde da Criança na UBS Saúde Domingas Rolim Mourão, os apoios da gestão da unidade e da gestão municipal de saúde foram de grande importância para o bom andamento das ações. O horário destinado para o atendimento acordado previamente foi respeitado, e os impressos necessários para os registros foram disponibilizados em número suficiente.

Com a intervenção, conseguimos uma cobertura de 73% de puericultura na área. Mais recém-nascidos e lactentes iniciaram e mantiveram o acompanhamento na unidade. O tempo de espera entre as consultas manteve-se estável e organizado, uma vez que o agendamento foi limitado a 11 consultas mais 5 vagas para urgências e busca ativa, reduzindo a superlotação da sala de espera e a desistência das consultas.

Importante destacar que as crianças aparentemente saudáveis não tiveram apenas exames laboratoriais solicitados, mas foram também avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento, sendo possível identificar casos de sobrepeso, desnutrição e atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor precocemente, o que permitiu referenciar os casos para os especialistas também com celeridade.

Acredito que tanto a gestão da unidade quanto a gestão municipal de saúde vem buscando oferecer qualidade na prestação dos serviços de saúde em Urucurituba, mas algumas situações necessitam de um novo olhar. A intervenção previa 100% de cobertura para suplementação de sulfato ferroso, para realização de teste da orelhinha e para consulta odontológica. Essas metas não puderam ser atingidas, e as alternativas fugiram da governabilidade dos profissionais da equipe.

Para contornar essas situações, talvez se fizesse necessário rever os contratos de licitação de medicamentos e insumos, contabilizando e recalculando a real demanda de suplementos básicos como o sulfato ferroso e materiais odontológicos para a população. Uma articulação com o governo estadual para disponibilização do teste da orelhinha na Unidade Mista Hospitalar do município pode ser estratégia para cumprimento da obrigatoriedade do teste em recém-nascidos, entre outras sugestões. Os gestores serão também peça chave para que os bons resultados possam ser mantidos na unidade, independente dos profissionais presentes.

4.4 Relatório para a Comunidade

Nos meses de setembro, outubro e novembro de 2014 foi desenvolvido pela equipe Urbana II um conjunto de ações, chamado intervenção, para melhoria do programa de Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde (UBS) Domingas Rolim Mourão. Essa intervenção foi motivada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas do qual, eu, médica da equipe, participo como parte do Programa de Valorização da Atenção Básica.

As crianças foram escolhidas como foco da intervenção, pois era comum o atendimento de um grande número de crianças doentes todos os dias da semana na unidade de saúde, muitas vezes por doenças evitáveis por bons hábitos, gerando superlotação na unidade de saúde. Não se avaliava o desenvolvimento e crescimento das crianças, acabava-se tratando apenas a doença.

Durante 12 semanas, foram atendidas 97 crianças de até 5 anos de idade com consultas médicas semanais, atingindo 73,5% de cobertura, ou seja, de cada 100 crianças da área de abrangência da UBS, mais de 73 foram atendidas. Antes da intervenção, de cada 100 crianças na área, apenas 63 eram acompanhadas no posto de saúde.

As consultas passaram a ser agendadas para um único turno da semana, exclusivo para as crianças de até cinco anos, o que reduziu o tempo de espera e o tumulto que era comum na recepção, mas sem impedir o atendimento em outros dias em caso de urgência. Antes de cada consulta foram realizadas palestras educativas orientando os pais e responsáveis sobre vários temas, como alimentação saudável, prevenção de acidentes e cuidados com recém-nascidos, o que tirou várias dúvidas e contribuiu para um melhor cuidado em casa.

Não foi possível melhorar totalmente o programa de Saúde da Criança por dificuldades, como a falta de medicamentos e suplementos importantes na farmácia da unidade, como o sulfato ferroso que deve ser usado por toda crianças de 6 meses a 2 anos para prevenir anemia. O município também não oferece o teste da orelhinha, exame feito no recém-nascido para identificar se ele tem alguma deficiência auditiva, obrigatório por lei desde 2010. A falta de materiais e equipamentos odontológicos paralisou o único consultório de dentista da área urbana do município e, assim, tratamentos foram interrompidos e cuidados de prevenção de cáries não puderam ser realizados.

Apesar das dificuldades, conseguimos pequenos avanços, como transmitir e promover a ideia de que criança saudável pode e deve ir ao posto de saúde. Criança saudável deve ser vacinada, deve ser pesada, deve ser vista pelo profissional de saúde, tudo isso para que se possa diminuir a chance de adoecer, e caso aconteça, a equipe estará igualmente pronta para receber a criança e oferecer o melhor atendimento possível.

Durante toda a intervenção, a comunidade foi muito importante no andamento dos atendimentos, compreendendo o tempo de espera e comparecendo no horário agendado. Para que o Programa de Saúde da Criança continue funcionando bem é importante receber o agente de saúde na visita domiciliar com simpatia e seguir as recomendações passadas por ele; levar a criança para a consulta médica ou de enfermagem na data e horário agendados, lembrando-se de levar a caderneta da criança (cartão de vacina); não esperar a criança adoecer para levar ao posto; apoiar a equipe nas campanhas e ações educativas, dando dicas e sugestões sempre que necessário.

5. Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

Como parte integrante e obrigatória do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), inicialmente via o Curso de Especialização em Saúde da Família apenas através da perspectiva do aperfeiçoamento técnico. Mas hoje percebo que as tarefas e eixos temáticos do curso contribuíram para melhorar a forma como atendo os usuários da UBS, entender melhor suas necessidades e somar benfeitorias para a equipe e para a área adstrita.

O curso contribuiu de forma marcante para minha prática clínica, pois promoveu a revisão dos protocolos do Ministério da Saúde tanto na esfera de temas clínicos, como na de saúde coletiva. A especialização provocou meu senso crítico, motivando-me para que realizasse engajamento público, até mesmo no consultório. Aprendi o quão importante é o trabalho em equipe para o bom andamento da unidade de saúde e quanto a reorganização de um serviço pode trazer benefícios para toda a comunidade.

Já possuía afinidade em trabalhar com o foco da intervenção, a saúde das crianças. Desde o início das minhas atividades na UBS, a cada atendimento para esse grupo etário, mesmo que motivado por adoecimento, tentava fazer puericultura. E essa vontade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento desses pequenos usuários foi reforçada pela intervenção, que agregou valores à equipe e permitiu que pudéssemos sistematizar o atendimento.

De forma geral, mais que uma experiência profissional, o trabalho com saúde da família é uma experiência de vida. As análises e reflexões solicitadas durante todo o curso aproximaram-me ainda mais do dia-a-dia da população desse município. Só quem vivencia a realidade dos usuários pode compreender a complexidade de seus agravos e entender que, mais que assistência médica, é necessário acolher e oferecer atenção.

6. Referências Bibliográficas

BLANK, Danilo. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria** - Vol.79, Supl.1, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>> Acesso em 13 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al . O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, Sept. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2014.


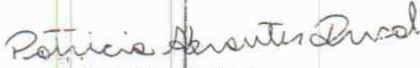
VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; NAVARRETE, Maria Luisa Vazquez. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 2, Apr. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000200379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2014

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas. **Plano Preliminar de Ação para a Redução da Mortalidade Infantil do Estado do Amazonas.** – Manaus: 2009.

Ficha-espelho (verso)

		CONSULTA CLÍNICA									
Data											
Nome do profissional que atendeu											
Idade (anos e/ou meses)											
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)											
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)											
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)											
IMC em kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)											
Desenvolvimento: provável atraso, alertia, adequado com fatores de risco, adequado											
Criança c/ risco: sim ou não											
Uso de sulfato ferroso: sim ou não											
Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada											
Orientação sobre alimentação complementar: não, sim ou não se aplica (NSA)											
Orientação p/ prevenção de acidentes: sim, não											
Orientação sobre higiene bucal											
Data da próxima consulta											

Parecer do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
